

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
糖尿病性腎症重症化予防プログラム 令和7年3月12日 山口県 山口県医師会 山口県糖尿病対策推進委員会	糖尿病性腎症重症化予防プログラム 山口県 山口県医師会 山口県糖尿病対策推進委員会

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
目次 1 目的 1 2 対象者の抽出基準及び抽出方法 1 (1) 受診勧奨対象者（別図1, 2） 1 (一) 抽出基準..... 1 (二) 抽出方法..... 1 (2) 保健指導対象者（別図1, 3） 2 (一) 抽出基準..... 2 (二) 抽出方法..... 3 3 実施方法（内容・手順・評価） 4 (1) 受診勧奨 4 (一) 受診勧奨の内容（別図1） 4 (二) 受診勧奨の実施手順 4 (三) 評価指標..... 4 (2) 保健指導 5 (一) 保健指導の内容（別図1） 5 (二) 保健指導の実施手順（別図3） 5 (三) 評価指標..... 6 4 評価・検証..... 6 (1) 受診勧奨に係る情報..... 6 (2) 保健指導に係る情報..... 6 5 関係者の役割分担、プログラムの活用の推進及び見直し 6 別表1 受診勧奨対象者抽出基準（糖尿病未受診者及び受診中断者） 8 別表2 保健指導対象者抽出基準（糖尿病受診中の者） 8 別図1 レベルに応じた介入方法の例..... 9 別図2 受診勧奨対象者の判定フロー図 9 別図3 保健指導の流れ..... 10 別図4 保健指導プログラム（レベルⅡ又はⅢ） 11 別紙様式 12	

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
1 目的 このプログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い<u>医療機関への</u>未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して生活指導を行い、人工透析への移行を防止することを目的とし、保険者による取組が円滑に実施できるよう支援するため、標準的な取組の内容を示すものである。 2 対象者の抽出基準及び抽出方法 (1) <u>受診勧奨対象者（別図1,2）</u> (一) 抽出基準 次の①<u>又は</u>②のいずれかに該当する者 ① <u>未受診者（糖尿病による医療機関の受診歴がない者）であって、空腹時血糖（又は随時血糖（食後3.5時間未満を除く））126mg/dL以上又はHbA1c6.5%以上の者</u> ② <u>受診中断者（糖尿病治療歴があるが、前年度に糖尿病による医療機関の受診歴がない者）</u> (二) 抽出方法 保険者は、<u>次の①から④により、受診勧奨対象者を抽出する。</u> ① 前年度の特定健診データから（一）①に該当する者を抽出した上、レセプトデータと照合して、前年度に糖尿病レセプト（傷病名に糖尿病（疑いを含む。）の記載があるレセプトをいう。以下同じ。）がある者を除外し、被保険者資格喪失者（既に被保険者資格を喪失している者及び当該年度に被保険者資格の喪失が見込まれる者をいう。以下同じ。）<u>も</u>除外する。 ② <u>レセプトデータから、糖尿病治療薬の投薬歴又は糖尿病を主病とする生活習慣病管理料の算定履歴がある者であって、前年度に糖尿病レセプトがないものを抽出した上、被保険者資格喪失者を除外する。</u> ③ <u>①と②のデータを未受診者と受診中断者に区分の上で一体化し、重複者のデータを整理する。（重複者は、受診中断者に区分）</u> ④ <u>特定健診データにより受診勧奨のレベル別に区分（別表1）の上、「受診勧奨対象者リスト（別紙様式1）」を作成する。</u> ア <u>レベルⅠ（受診勧奨の通知、健康教室等の案内）</u> イ <u>レベルⅡ（電話・面談等による受診勧奨）</u> ウ <u>レベルⅢ（電話・面談・訪問等による確実な受診勧奨）</u>	1 目的 このプログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して生活指導を行い、人工透析への移行を防止することを目的とし、保険者による取組が円滑に実施できるよう支援するため、標準的な取組の内容を示すものである。 2 対象者の抽出基準及び抽出方法 (1) <u>未受診者</u> (一) 抽出基準 次の①<u>及び</u>②のいずれにも該当する者 ① 空腹時血糖126mg/dL以上又はHbA1c6.5%以上 ② 糖尿病による医療機関の受診がない<u>こと</u> (二) 抽出方法 保険者は、前年度の特定健診データから（一）①に該当する者を抽出した上、レセプトデータと照合して、前年度に糖尿病レセプト（傷病名に糖尿病（疑いを含む。）の記載があるレセプトをいう。以下同じ。）<u>がある者及び（2）の受診中断者に該当する者を除外し、被保険者資格喪失者（既に被保険者資格を喪失している者及び当該年度に被保険者資格の喪失が見込まれる者をいう。以下同じ。）を除外して（別紙様式1）による名簿（以下「未受診者リスト」という。）を作成する。</u> (2) 受診中断者 (一) 抽出基準 次の①及び②のいずれにも該当する者 ① 糖尿病治療歴があること ② 前年度に糖尿病による医療機関の受診がないこと (二) 抽出方法 保険者は、レセプトデータから、糖尿病治療薬の投薬歴又は糖尿病を主病とする生活習慣病管理料の算定履歴がある者であって、前年度に糖尿病レセプトがないものを抽出した上、被保険者資格喪失者を除外して（別紙様式2）による名簿（以下「受診中断者リスト」）を作成する。

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新												旧																																																																																																											
（別表 1） 受診勧奨対象者抽出基準（糖尿病未受診者及び受診中断者 ※ 1） <table><tr><td colspan="2" rowspan="4"></td><td colspan="9">腎障害の程度</td><td rowspan="4">腎障害の 程度/ 血压区分 判定不可 ※ 4</td></tr><tr><td colspan="3">以下のどちらかに該当。 ・ eGFR<45 ・ 尿蛋白（+）以上</td><td colspan="3">以下のどちらかに該当。 ・ 45≦eGFR<60 ・ 尿蛋白（±）</td><td colspan="3">以下の両方に該当。 ・ 60≦eGFR ・ 尿蛋白（－）</td></tr><tr><td colspan="3">血压区分 ※ 3</td><td colspan="3">血压区分 ※ 3</td><td colspan="3">血压区分 ※ 3</td></tr><tr><td>受診中</td><td>血压高値 受診なし</td><td>正常範囲</td><td>受診中</td><td>血压高値 受診なし</td><td>正常範囲</td><td>受診中</td><td>血压高値 受診なし</td><td>正常範囲</td></tr><tr><td rowspan="4">H b A 1 c (%) ※ 2</td><td>8.0 以上</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅲ</td></tr><tr><td>7.0～7.9</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅱ</td><td>Ⅱ</td><td>Ⅱ</td><td>Ⅰ</td><td>Ⅱ</td><td>Ⅰ</td><td>Ⅰ</td></tr><tr><td>6.5～6.9</td><td>Ⅱ</td><td>Ⅲ</td><td>Ⅱ</td><td>Ⅰ</td><td>Ⅱ</td><td>Ⅰ</td><td>Ⅰ</td><td>Ⅰ</td><td>Ⅰ</td><td>Ⅰ</td></tr><tr><td>6.5 未満</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td></tr></table>																										腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血压区分 判定不可 ※ 4	以下のどちらかに該当。 ・ eGFR<45 ・ 尿蛋白（+）以上			以下のどちらかに該当。 ・ 45≦eGFR<60 ・ 尿蛋白（±）			以下の両方に該当。 ・ 60≦eGFR ・ 尿蛋白（－）			血压区分 ※ 3			血压区分 ※ 3			血压区分 ※ 3			受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	H b A 1 c (%) ※ 2	8.0 以上	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	7.0～7.9	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	6.5～6.9	Ⅱ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	6.5 未満	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－												
		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血压区分 判定不可 ※ 4																																																																																																												
		以下のどちらかに該当。 ・ eGFR<45 ・ 尿蛋白（+）以上			以下のどちらかに該当。 ・ 45≦eGFR<60 ・ 尿蛋白（±）			以下の両方に該当。 ・ 60≦eGFR ・ 尿蛋白（－）																																																																																																															
		血压区分 ※ 3			血压区分 ※ 3			血压区分 ※ 3																																																																																																															
		受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	受診中	血压高値 受診なし	正常範囲																																																																																																													
H b A 1 c (%) ※ 2	8.0 以上	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ																																																																																																												
	7.0～7.9	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ																																																																																																												
	6.5～6.9	Ⅱ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ																																																																																																												
	6.5 未満	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－																																																																																																												
※ 1 特定健診データのない受診中断者は、暫定的に「レベルⅢ」と分類。																																																																																																																							
※ 2 HbA1c データのない者（血糖値データしかない者）は、暫定的に「レベルⅢ」と分類。																																																																																																																							
※ 3 血压区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者 「血压高値受診なし」：140 mm Hg≦収縮期血圧または 90 mm Hg≦拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者 「血压高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定（140 mm Hg≦収縮期血圧または 90 mm Hg≦拡張期血圧）が可能な者も含む。																																																																																																																							
※ 4 腎障害の程度/血压区分判定不可：尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血压区分のいずれかの判定ができない者。 eGFR の判定値がない場合は、暫定的に「異常なし」と分類。																																																																																																																							

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
<u>(2) 保健指導対象者 (別図1, 3)</u> (一) 抽出基準 次の①及び②のいずれにも該当し、保健指導が必要と医師が判断した者 ① 2型糖尿病による糖尿病性腎症の病期が第2期（<u>微量アルブミン尿期</u>）、第3期（顕性<u>アルブミン尿期</u>）及び第4期（<u>GFR高度低下・末期</u>腎不全期）の者であって、次のいずれかに該当すること - 生活習慣の改善が困難な者 - 血糖コントロール不良（HbA1c7.0%以上など） - 血圧コントロール不良（収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上など） - BMI 25以上 - 必要な食塩制限ができていない - 必要な蛋白質制限ができていない - 禁煙ができていない - 治療を中断しがちな者 - 自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合 - その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合 など ② 次のいずれにも該当しないこと - がん等で終末期にある者 - 認知機能障害がある者 - 要介護者 - 糖尿病透析予防指導管理料が算定されている者 (二) 抽出方法 保険者は、次の①から④により、保健指導対象者を抽出する。 ① 前年度のレセプトデータに糖尿病レセプトがあり、かつ、次のアのaからcのいずれかに該当し、かつ、次のイのaからcのいずれにも該当しない者を抽出した上、被保険者資格喪失者を除外し、<u>保健指導のレベル別に区分</u>する。 ア 該当要件 - 前年度のレセプトデータの傷病名に腎症又は腎機能低下を示す病名があること - 直近の特定健診データで、尿蛋白（±）以上であること - 直近の特定健診データで、eGFR60mL/分/1.73m²未満であること イ 除外要件 1型糖尿病であることが分かる者 - 要介護認定を受けている者 - 人工透析を受けている者	<u>(3) 保健指導対象者</u> (一) 抽出基準 次の①及び②のいずれにも該当する者 ① 2型糖尿病による糖尿病性腎症の病期が第2期（<u>早期腎症期</u>）、第3期（顕性<u>腎症期</u>）及び第4期（腎不全期）の者であって、次のいずれかに該当すること - 血糖コントロール不良（HbA1c7.0%以上など） - 血圧コントロール不良（収縮期血圧130 mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上など） - BMI 25以上 - 必要な食塩制限ができていない - 必要な蛋白質制限ができていない ② 次のいずれにも該当しないこと - がん等で終末期にある者 - 認知機能障害がある者 - 要介護者 - 糖尿病透析予防指導管理料が現に算定されている者 <u>かかりつけ医が保健指導の必要がないことその他の理由により対象から除外すべきと判断した者</u> (二) 抽出方法 保険者は、次の①から④により、保健指導対象者を抽出する。 ① 前年度のレセプトデータに糖尿病レセプトがあり、かつ、次のアのaからcのいずれかに該当し、かつ、次のイのaからcのいずれにも該当しない者を抽出した上、被保険者資格喪失者を除外する。 ア 該当要件 - 前年度のレセプトデータの傷病名に腎症又は腎機能低下を示す病名があること - 直近の特定健診データで、尿蛋白（±）以上であること - 直近の特定健診データで、eGFR60mL/分/1.73 m²未満であること イ 除外要件 1型糖尿病であることが分かる者 - 要介護認定を受けている者 - 人工透析を受けている者

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

[illegible]

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
3 <u>実施方法（内容・手順・評価）</u> <u>（１）受診勧奨</u> <u>（一）受診勧奨の内容(別図１)</u> ① <u>受診勧奨レベルⅠ（受診勧奨の通知、健康教室の案内）</u> <u>健診結果通知時に、糖尿病性腎症のおそれがあり医療機関の定期的な受診が必要であることについて、標準的な健診・保健指導プログラムのフィードバック文例集や糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き等を参照し、文書で通知する。</u> <u>必要に応じて、上記通知に加え、電話や案内した健康教室参加時等に、医療機関への受診勧奨を行う。</u> ② <u>受診勧奨レベルⅡ（電話・面談等による受診勧奨）</u> <u>レベルⅠの文書による通知に加え、結果説明を行うための電話や面談により、個別に医療機関への受診勧奨を行う。</u> ③ <u>受診勧奨レベルⅢ（電話・面談・訪問等による確実な受診勧奨）</u> <u>可能な限り、訪問や面談等の対面により個別での受診勧奨を速やかに行う。</u> <u>（二）受診勧奨の実施手順</u> 保険者は、次の①から③により未受診者及び受診中断者に対する受診勧奨を実施する。 ① <u>「受診勧奨対象者リスト（別紙様式１）」に登載された者に対し、「受診勧奨通知（別紙様式５）又は（別紙様式６）」を送付する。</u> ② <u>医療機関の受診の有無をレセプトデータにより確認し、受診の確認ができない者<u>のうち、受診勧奨レベルⅡ・Ⅲのもの</u>に対して、医療機能情報公表システムを活用した医療機関の紹介を含め、訪問、面談、電話又はICTを活用した介入により再勧奨を行う。</u> ③ ①②による勧奨及び勧奨の結果を<u>「受診勧奨対象者リスト（別紙様式１）」に記録する。</u> <u>（三）評価指標</u> ① <u>受診勧奨実施者数及び率</u> 未受診者及び受診中断者それぞれに占める受診勧奨を実施した者の<u>レベル別の人数及び割合（レベルⅠにあつては受診勧奨通知の送付、レベルⅡ及びⅢにあつては受診勧奨通知の送付に加え、訪問又は電話等により本人に接触したことをもって受診勧奨の実施とする。ただし、レベルⅡ又はⅢであっても、受診勧奨通知送付後の確認により医療機関の受診が確認された者については、受診勧奨通知の送付をもって受診勧奨の実施とする。）</u> ② <u>医療機関受診者数及び率</u> 未受診者及び受診中断者それぞれのうち、<u>受診勧奨を実施した者に占める医療機関を受診した者のレベル別の人数及び割合並びに未受診者及び受診中断者それぞれに占める医療機関を受診した者のレベル別の人数及び割合</u>	3 <u>受診勧奨</u> <u>（１）受診勧奨の実施</u> 保険者は、次の①から③により未受診者及び受診中断者に対する受診勧奨を実施する。 ① <u>未受診者リスト及び受診中断者リストに登載された者に対し（別紙様式６）又は（別紙様式７）による受診勧奨通知を送付する。</u> ② <u>医療機関の受診の有無をレセプトデータにより確認し、受診の確認できない者に対して（医療機能情報公表システムを活用した医療機関の紹介を含め）訪問又は電話により再勧奨を行う。</u> ③ ①②による勧奨及び勧奨の結果を<u>未受診者リスト及び受診中断者リストに記録する。</u> <u>（２）評価指標</u> ① <u>受診勧奨実施率</u> 未受診者及び受診中断者それぞれに占める受診勧奨を実施した者の割合（訪問又は電話により本人に接触したことをもって受診勧奨の実施とする。ただし、受診勧奨通知送付後の確認により医療機関の受診が確認された者については、受診勧奨通知の送付をもって受診勧奨の実施とする。） ② <u>医療機関受診率</u> 未受診者及び受診中断者それぞれのうち受診勧奨を実施した者に占める医療機関を受診した者の割合並びに未受診者及び受診中断者それぞれに占める医療機関を受診した者の割合

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
<u>(2) 保健指導</u> <u>(一) 保健指導の内容 (別図1)</u> ① <u>保健指導レベルⅠ (糖尿病及び生活習慣改善の通知、健康教室の案内)</u> 糖尿病や生活習慣の改善等に関する情報を中心に提供し、生活習慣の改善を促す集団指導による健康教室等への参加を促す。 ② <u>保健指導レベルⅡ (電話・面談等による保健指導)</u> レベルⅠの情報提供や集団指導等への参加勧奨に加え、医療機関と連携し、腎障害の悪化を予防するための糖尿病を含む生活習慣病の管理に関する内容を中心に、電話や訪問等により保健指導を行う。合併症の進行を防ぐための継続的な治療の必要性、本人の年齢や生活状況に応じた生活改善の方法など具体的な助言を行うことが重要である。 ③ <u>保健指導レベルⅢ (電話・面談・訪問等による確実な保健指導)</u> 腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心に、医療機関と連携し、訪問や個別面談等対面による保健指導を行う。医療機関で指導されたことが十分に理解できているか、疑問点はないかなどを確認し、必要に応じて医療機関につなぐことが求められる。 <u>(二) 保健指導の実施手順 (別図3)</u> 保険者は、次の①から⑧により保健指導への参加者を決定し、保健指導を実施する。 ① <u>「保健指導対象者リスト (別紙様式4)」に登載された者に対し、糖尿病及び生活習慣病の改善に関する通知並びに健康教室の案内を行うとともに、レベルⅡ及びⅢに区分した者に対し、「保健指導参加勧奨通知 (別紙様式7)」により参加を勧奨し、「保健指導参加申込書 (別紙様式8)」の提出を求める。</u> ② 保健指導参加申込書の提出のあった者の中から、<u>レベル区分等を勘案の上</u>、保健指導プログラムへの参加者を決定する。 ③ ②により参加者として決定した者（以下「保健指導参加者」という。）に対し、<u>「保健指導参加決定通知書 (別紙様式9)」により通知するとともに、かかりつけ医から「診療情報提供書及び指示書 (別紙様式10)」を取得の上、「個人情報提供同意書 (別紙様式11)」と併せて提出するよう求める。</u> ④ 保健指導参加者に対して、かかりつけ医の指示に基づき、<u>「保健指導プログラム (別図4)」を参考の上</u>、保健指導を実施する。 ⑤ 糖尿病連携手帳等を活用して、随時、検査値等の情報を共有する。 ⑥ 保健指導の実施後、その結果を<u>「保健指導実施結果報告書 (別紙様式12)」により、</u>かかりつけ医へ報告する。 ⑦ <u>「保健指導対象者リスト (別紙様式4)」に保健指導の実施状況及び検査値等を記録する。</u> ⑧ 保健指導終了から一定期間経過後、フォローアップのために簡易な保健指導を実施し、<u>「保健指導対象者リスト (別紙様式4)」に記録する。</u>	<u>4 保健指導</u> <u>(1) 保健指導の内容</u> <u>(別紙)「保健指導プログラム」を参照</u> <u>(2) 保健指導実施の手順</u> 保険者は、次の①から⑧により保健指導への参加者を決定し、保健指導を実施する。 ① 保健指導対象者リストに登載された者に対し、(別紙様式8)により参加を勧奨し、(別紙様式9)による保健指導参加申込書の提出を求める。 ② 保健指導参加申込書の提出のあった者の中から、保健指導プログラムへの参加者を決定する。 ③ ②により参加者として決定した者（以下「保健指導参加者」という。）に対し、(別紙様式10)により、<u>決定した旨を通知するとともに、かかりつけ医の (別紙様式11) による診療情報提供書及び指示書を取得し、(別紙様式12) による個人情報提供同意書と併せて提出するよう求める。</u> ④ 保健指導参加者に対して、かかりつけ医の指示に基づき保健指導を実施する。 ⑤ 糖尿病連携手帳等を活用して、随時、検査値等の情報を共有する。 ⑥ 保健指導の実施後、その結果を(別紙様式13)によりかかりつけ医へ報告する。 ⑦ 保健指導対象者リストに保健指導の実施状況及び検査値等を記録する。 ⑧ 保健指導終了から一定期間経過後、フォローアップのために簡易な保健指導を実施し、保健指導対象者リストに記録する。

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
(三) 評価指標 ① 保健指導の実施者数及び率 保健指導対象者に占める保健指導参加勸奨者、保健指導開始者、保健指導終了者のレベル別の人数及び割合 ② 生活習慣の改善率 保健指導前、保健指導後及びフォローアップ時の生活習慣を数値化して比較する ③ 検査値（体重、HbA1c及び空腹時血糖（随時血糖）、血圧、尿蛋白、eGFR、血清脂質、BMI）の維持・改善状況（保健指導参加者と非参加者の比較を含む） 保健指導参加者から提供されるデータ及び特定健診データにより、保健指導対象者につき、保健指導前、保健指導後、フォローアップ時及び2年後から5年後までの値を比較する 4 評価・検証 山口県は、糖尿病性腎症重症化予防の事業を行う保険者に、次に掲げる情報の提供を求め、山口県糖尿病対策推進委員会とともに事業の効果を検証する。なお、検証にあたっては、事業の参加者及び不参加者の比較に加え、被保険者全体についても中長期的な検証を行うものとする。 (1) 受診勧奨に係る情報 ① 未受診者及び受診中断者に対するレベル別の受診勧奨実施者数及び率 ② 未受診者及び受診中断者のレベル別の医療機関受診者数及び率、並びに受診勧奨を実施した未受診者及び受診中断者のレベル別の医療機関受診者数及び率 (2) 保健指導に係る情報 ① 保健指導対象者の年齢、性別、レベル区分 ② 保健指導対象者に対する保健指導の実施の有無、中途脱落の場合はその理由 ③ 保健指導対象者の検査値（体重、HbA1c及び空腹時血糖（随時血糖）、血圧、尿蛋白、eGFR、血清脂質、BMI、喫煙）及びその検査日 ＜保健指導実施後のフォローアップ等に係るものを含む＞ ④ 保健指導の実施方法及び費用 5 関係者の役割分担、プログラムの活用の推進及び見直し 保険者は、このプログラムを参考にし、糖尿病性腎症重症化予防の事業に取り組むものとする。PDCAサイクルの手順に基づき、健診データやレセプトデータ等を用いた地域における健康課題の分析を行い、対策の立案、事業の実施、結果の評価等を行う。 山口県、山口県医師会及び山口県糖尿病対策推進委員会は、このプログラムについて、関係団体へ周知し、保険者による活用を推進するとともに、4による検証の結果を踏まえ、必要な見直しを行う。	(3) 評価指標 ① 保健指導の実施率 保健指導対象者に占める保健指導参加者の割合 ② 生活習慣の改善率 保健指導前、保健指導後及びフォローアップ時の生活習慣を数値化して比較する ③ 検査値（体重、HbA1c及び空腹時血糖、血圧、尿蛋白、eGFR、血清脂質）の維持・改善状況 保健指導参加者から提供されるデータ及び特定健診データにより、保健指導対象者につき、保健指導前、保健指導後、フォローアップ時及び2年後から5年後までの値を比較する 5 検証 山口県は、糖尿病性腎症重症化予防の事業を行う保険者に、次に掲げる情報の提供を求め、山口県糖尿病対策推進委員会とともに事業の効果を検証する。 (1) 受診勧奨に係る情報 ① 未受診者及び受診中断者に対する受診勧奨実施率 ② 未受診者及び受診中断者の医療機関受診率、並びに受診勧奨を実施した未受診者及び受診中断者の医療機関受診率 (2) 保健指導に係る情報 ① 保健指導対象者の年齢、性別 ② 保健指導対象者に対する保健指導の実施の有無、中途脱落の場合はその理由 ③ 保健指導対象者の検査値（HbA1c及び空腹時血糖並びにeGFR）及びその検査日 ＜保健指導実施後のフォローアップに係るものを含む＞ ④ 保健指導の実施方法及び費用 6 関係者の役割分担、プログラムの活用の推進及び見直し 保険者は、このプログラムを参考にし、糖尿病性腎症重症化予防の事業に取り組むものとする。PDCAサイクルの手順に基づき、健診データやレセプトデータ等を用いた地域における健康課題の分析を行い、対策の立案、事業の実施、結果の評価等を行う。 山口県、山口県医師会及び山口県糖尿病対策推進委員会は、このプログラムについて、関係団体へ周知し、保険者による活用を推進するとともに、5による検証の結果を踏まえ、必要な見直しを行う。

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新

別表 1

受診勧奨対象者抽出基準（糖尿病未受診者及び受診中断者 ※1）

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※4
		以下のどちらかに該当。 ・ eGFR<45 ・ 尿蛋白（+）以上			以下のどちらかに該当。 ・ 45≤eGFR<60 ・ 尿蛋白（±）			以下の両方に該当。 ・ 60≤eGFR ・ 尿蛋白（－）			
		血圧区分 ※3			血圧区分 ※3			血圧区分 ※3			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c (%) ※2	8.0 以上	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
	7.0～7.9	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5～6.9	Ⅱ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5 未満	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－

別表 2

保健指導対象者抽出基準（糖尿病受診中の者 ※1）

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※4
		以下のどちらかに該当。 ・ eGFR<45 ・ 尿蛋白（+）以上			以下のどちらかに該当。 ・ 45≤eGFR<60 ・ 尿蛋白（±）			以下の両方に該当。 ・ 60≤eGFR ・ 尿蛋白（－）			
		血圧区分 ※3			血圧区分 ※3			血圧区分 ※3			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c (%) ※2	8.0 以上	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ
	7.0～7.9	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5～6.9	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5 未満	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ

※1 特定健診データの無い者（受診中断者・保健指導対象者）は、暫定的に「レベルⅢ」と分類。

※2 HbA1c データの無い者（血糖値データしかない者）は、暫定的に「レベルⅢ」と分類。

※3 血圧区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者
「血圧高値受診なし」：140 mm Hg≤収縮期血圧または 90 mm Hg≤拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者
「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定（140 mm Hg≤収縮期血圧または 90 mm Hg≤拡張期血圧）が可能な者も含む。

※4 腎障害の程度/血圧区分判定不可：尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。
eGFR の判定値がない場合は、暫定的に「異常なし」と分類。

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新

旧

別図 1

レベルに応じた介入方法の例

レベル	受診勧奨	保健指導
I	通知、健康教室等の案内 (面談の機会を設定)	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容 について通知、健康教室の案内
II	通知・電話／面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習 慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話 ／面談
III	通知・電話／面談／訪問 にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を 中心とし、通知・電話／面談を確実に実施

別図 2

受診勧奨対象者の判定フロー図

《前年度の特定健診》

特定健診における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dl 以上
随時血糖 （食後 3.5 時間未満を除く）	
HbA1c	6.5%以上
eGFR	45mL/min/1.73 未満

上記のいずれかに該当する者

健診結果通知による医療機関受診勧奨

未受診者

受診者

《当年度》

①未受診者

空腹時血糖	126mg/dl 以 上
随時血糖 (食後 3.5 時間未満を除く)	
HbA1c	6.5% 以上

前年度特定健診データが上記の
いずれかに該当する者

②受診中断者

糖尿病治療歴があるが、前年度に糖
尿病による医療機関の受診がない者

山口県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの受診勧奨対象者

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧								
別図 3 保健指導の流れ 保険者による抽出 【対象者の抽出基準】 次のaからcのいずれかに該当 <table><tr><td>a</td><td>前年度レセプトデータ</td><td>腎症又は腎機能低下を示す病名</td></tr><tr><td>b</td><td rowspan="2">直近の特定健診データ</td><td>尿蛋白(±)以上</td></tr><tr><td>c</td><td>eGFR 60mL/分/1.73㎡未満</td></tr></table> ※1 型糖尿病患者、要介護認定者、人工透析患者を除く ↓ かかりつけ医との連携 ① かかりつけ医への推薦依頼（別紙様式 2、3） ② 推薦された対象者へ参加勧奨通知を送付（別紙様式 7、8） ③ 参加申込があった対象者に、参加決定通知を送付（別紙様式 9） また、対象者に以下の書類の提出を指示 ● 診療情報提供書及び指示書（別紙様式 10） ● 個人情報提供同意書（別紙様式 11） ↓ 保健指導の実施 (医療機関と連携して実施)	a	前年度レセプトデータ	腎症又は腎機能低下を示す病名	b	直近の特定健診データ	尿蛋白(±)以上	c	eGFR 60mL/分/1.73㎡未満	
a	前年度レセプトデータ	腎症又は腎機能低下を示す病名							
b	直近の特定健診データ	尿蛋白(±)以上							
c		eGFR 60mL/分/1.73㎡未満							

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新			旧		
保健指導プログラム（ <u>レベルⅡ又はⅢ</u> ）			保健指導プログラム		
時期	内 容	※保健指導 かかりつけ医からの「診療情報提供書及び指示書」（別紙様式 10）に基づき、糖尿病性腎症各期に応じた 保健指導を実施する。 介入目的 ・糖尿病性腎症第2期（<u>微量アルブミン尿</u>期）：第3期以降への移行の防止 ・糖尿病性腎症第3期（顕性<u>アルブミン尿</u>期）：腎機能低下防止 ・糖尿病性腎症第4期（<u>GFR 高度低下・末期</u>腎不全期）：透析導入時期の延伸 実施期間 概ね6か月 具体的内容 ○糖尿病に関すること ・糖尿病性腎症について ・確実な受診、血糖・血圧管理の必要性について ・服薬管理について ・糖尿病の合併症（網膜症、神経障害、足病変など）について ・低血糖、シックデイの対応について ○自己管理に関すること ・検査結果等の見方について ・自己管理の必要性と方法について ・血糖、血圧、体重の測定について ・足部の観察と手入れ（フットケア）について ○食生活に関すること ・適切な食生活について ・適正な総エネルギー量及びたんぱく質量、食塩量、カリウム量について ・間食、外食について ○生活習慣の改善等に関すること ・運動、身体活動について ・喫煙、飲酒について ・口腔ケアについて ○その他 ・対象者が自ら日々測定する血圧等の健康状態に関するデータ（PHR）の活用 ・ICTを活用した介入（オンライン面接、アプリ活用等）	時期	内 容	※保健指導 かかりつけ医からの「診療情報提供書及び指示書」（別紙様式 11）に基づき、糖尿病性腎症各期に応じた 保健指導を実施する。 介入目的 ・糖尿病性腎症第2期（<u>早期腎症期</u>）：第3期以降への移行の防止 ・糖尿病性腎症第3期（顕性<u>腎症期</u>）：腎機能低下防止 ・糖尿病性腎症第4期（腎不全期）：透析導入時期の延伸 実施期間 概ね6か月 具体的内容 ○糖尿病に関すること ・糖尿病性腎症について ・確実な受診、血糖・血圧管理の必要性について ・服薬管理について ・糖尿病の合併症（網膜症、神経障害、足病変など）について ・低血糖、シックデイの対応について ○自己管理に関すること ・検査結果等の見方について ・自己管理の必要性と方法について ・血糖、血圧、体重の測定について ・足部の観察と手入れ（フットケア）について ○食生活に関すること ・適切な食生活について ・適正な総エネルギー量及びたんぱく質量、食塩量、カリウム量について ・間食、外食について ○生活習慣の改善等に関すること ・運動、身体活動について ・喫煙、飲酒について ・口腔ケアについて
初回	【初回指導（個別支援：面談）】 ○アセスメント 身体状況、検査データ、通院・治療状況、病期、生活背景、生活習慣等の把握 ○具体的な取組目標の設定 ○保健指導（※）		初回	【初回指導（個別支援：面談）】 ○アセスメント 身体状況、検査データ、通院・治療状況、病期、生活背景、生活習慣等の把握 ○具体的な取組目標の設定 ○保健指導（※）	
1か月後	【継続指導（個別支援（手紙、電話、面談、訪問等）もしくは集団支援）】 （頻度）2週間～1か月に1回程度もしくは必要に応じた回数 ○取組目標に対する実践状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）		1か月後	【継続指導（個別支援（手紙、電話、面談、訪問等）もしくは集団支援）】 （頻度）2週間～1か月に1回程度もしくは必要に応じた回数 ○取組目標に対する実践状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）	
2か月後			2か月後		
3か月後	【取組目標に対する到達状況確認及び継続指導（個別支援：面談）】 ○取組目標に対する到達状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）		3か月後	【取組目標に対する到達状況確認及び継続指導（個別支援：面談）】 ○取組目標に対する到達状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）	
4か月後	【継続指導（個別支援（手紙、電話、面談、訪問等）もしくは集団支援）】 （頻度）2週間～1か月に1回程度もしくは必要に応じた回数 ○取組目標に対する実践状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）		4か月後	【継続指導（個別支援（手紙、電話、面談、訪問等）もしくは集団支援）】 （頻度）2週間～1か月に1回程度もしくは必要に応じた回数 ○取組目標に対する実践状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）	
5か月後			5か月後		
6か月後	【終了時評価（個別支援：面談）】 ○身体状況、検査データ、通院・治療状況、生活習慣等の把握 ○取組目標に対する到達状況確認、評価 ○今後の自己管理継続に向けた支援		6か月後	【終了時評価（個別支援：面談）】 ○身体状況、検査データ、通院・治療状況、生活習慣等の把握 ○取組目標に対する到達状況確認、評価 ○今後の自己管理継続に向けた支援	

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新																		旧																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
別紙様式 1（受診勸奨対象者リスト）																		別紙様式 1（未受診者リスト）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
受診勸奨対象者リスト（ 年度）																		未受診者リスト（ 年度）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
番号	受診勸奨対象者情報																	番号	未受診者情報							医療機関の受診勸奨実施記録							備考																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	基本情報							健診情報											医療情報				文書勸奨	再勸奨																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	氏名	氏名カナ	性別	年齢	生年月日	住所	区分	勸奨レベル	収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	随時血糖	HbA1c	eGFR	尿蛋白	高血圧受診	電話勸奨		訪問勸奨																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
																	1:未受診者 2:受診中断者		1:Ⅰ 2:Ⅱ 3:Ⅲ	mmHg	mmHg	mg/dL		mg/dL	%	mL/分 /1.73m ²	1:Ⅰ 2:Ⅱ 3:Ⅲ 4:2+ 5:3+	0:無 1:有	1:実施	0:無 1:有	1:実施	0:無 1:有		1:実施	0:無 1:有	1:実施	0:無 1:有																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
1	あい うえ	アイウエ	男	60	S39.5.5	〇市〇〇1-1	1	1	150	88	126		6.8	59.8	1	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
別紙様式 <u>3</u>（保健指導対象者推薦依頼書） 〇〇年〇月〇日 糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導対象者推薦依頼書 （かかりつけ医の医療機関の長）様 〇〇市（町）長 〇〇 〇〇 （必要に応じ挨拶文） 当市（町）の国民健康保険の被保険者のうち下記に該当する方を対象として、糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導<u>の実施を予定しており</u>、該当する方については、できるだけ多くの方に保健指導を受けていただくことを目指しています。 つきましては、別添の名簿（レセプト及び特定健康診査のデータをもとに糖尿病かつ腎症の可能性のある方を抽出したものです。）の中から、保健指導の対象者として適当と思われる患者を推薦していただきますようお願いします。 記 （糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導対象者） 2型糖尿病による糖尿病性腎症の病期が第2期（<u>微量アルブミン尿</u>期）、第3期（顕性<u>アルブミン尿</u>期）又は第4期（<u>GFR 高度低下・末期</u>腎不全期）の患者であって次のいずれかの状態に該当する方 生活習慣の改善が困難な者 ➤ 血糖コントロール不良（HbA1c7.0%以上など） ➤ 血圧コントロール不良（収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上など） ➤ BMI 25以上 ➤ 必要な食塩制限ができていない ➤ 必要な蛋白質制限ができていない ➤ <u>禁煙ができていない</u> 治療を中断しがちな者 自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合 <u>その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合 など</u> ただし、次のいずれかに該当する方は除きます。 がん等で終末期にある方 認知機能障害がある方 要介護状態にある方 糖尿病透析予防指導管理料が算定されている方 かかりつけ医（主治医）が保健指導の必要がないことその他の理由により対象から除外すべきと判断した方 〇〇部〇〇課〇〇班 担 当：〇〇 電 話： F a x：	別紙様式 <u>4</u>（保健指導対象者推薦依頼書） 〇〇年〇月〇日 糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導対象者推薦依頼書 （かかりつけ医の医療機関の長）様 〇〇市（町）長 〇〇 〇〇 （必要に応じ挨拶文） 当市（町）の国民健康保険の被保険者のうち下記に該当する方を対象として、糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導<u>を実施したいと考えています。</u> <u>なお、該当する方については、できるだけ多くの方に保健指導を受けていただくことを目指しています。</u> つきましては、別添の名簿（レセプト及び特定健康診査のデータをもとに糖尿病かつ腎症の可能性のある方を抽出したものです。）の中から、保健指導の対象者として適当と思われる患者を推薦していただきますようお願いします。 記 （糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導対象者） 2型糖尿病による糖尿病性腎症の病期が第2期（<u>早期腎症</u>期）、第3期（顕性<u>腎症</u>期）又は第4期（腎不全期）の患者であって 次のいずれかの状態に該当する方 血糖コントロール不良（HbA1c7.0%以上など） 血圧コントロール不良（収縮期血圧130 mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上など） BMI 25以上 必要な食塩制限ができていない 必要な蛋白質制限ができていない ただし、次のいずれかに該当する方は除きます。 がん等で終末期にある方 認知機能障害がある方 要介護状態にある方 糖尿病透析予防指導管理料が現に算定されている方 かかりつけ医（主治医）が保健指導の必要がないことその他の理由により対象から除外すべきと判断した方 〇〇部〇〇課〇〇班 担 当：〇〇 電 話： F a x：

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新															旧																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
別紙様式 4（保健指導対象者リスト）															別紙様式 5（保健指導対象者リスト）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
保健指導対象者リスト（ 年度）															保健指導対象者リスト（ 年度）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
番号	基本情報							かかりつけ医		参加者決定						決定及び通知																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	氏名	氏名カナ	性別	年齢	生年月日	住所	参加勧奨			参加申込																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
							氏名	氏名カナ	性別	年齢	生年月日	住所	医療機関	かかりつけ医	勧奨実施		文書以外の 勧奨実施	かかりつけ医 からの勧奨	回答	回答の内容																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							</

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新																								
フォローアップ(1年後)																								
実施		病期等				検査値																	備考	
フォローアップ	フォローアップ時生活習慣	人工透析導入	糖尿病性腎症病期	網膜症	糖尿病の薬物療法	検査年月日	身長	体重	BMI	収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	随時血糖	HbA1c	LDL	空腹時中性脂肪	随時時中性脂肪	HDL	(GPT) (ALT)	eGFR	血清クレアチニン	尿蛋白	尿アルブミン	喫煙
1:実施	点数	1:無2:有	1:1期～5.5期	1:無2:有3:不明	1:無2:有		cm	kg		mmHg	mmHg	mg/dL	mg/dL	%	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	IU/L	ml/分/1.73m ²	mg/dL	1:無2:±3:±4:2+5:3+	mg/gCr	1:有2:無
1	16	1	2	1	2	R7.12.2	172.5	71.0	23.9	120.0	85	125		7.2	133	120		42.0	18	60	1	2	230	2
		1							0.0															
1	20	1	3	1	2	R7.1.8	148.0	52.0	23.7	125.0	92	120		7.1	100	90		40.0	33	55	1	3		1
		1			2	R7.7.6	160.0	70.0	27.3	110.0	70	130			100	120		30.0	30	62	1	1		1
									0.0															
									0.0															
2																								

旧																								
フォローアップ(1年後)																								
実施		病期等				検査値																	備考	
備考	フォローアップ	フォローアップ時生活習慣	人工透析導入	糖尿病性腎症病期	網膜症	糖尿病の薬物療法	検査年月日	身長	体重	BMI	HbA1c	空腹時血糖	収縮期血圧	拡張期血圧	尿蛋白	尿アルブミン	血清クレアチニン	eGFR	中性脂肪	LDL	HDL	(GPT) (ALT)	喫煙	
記述	1:実施	点数	1:無2:有	1:1期～5.5期	1:無2:有3:不明	1:無2:有		cm	kg		%	mg/dL	mmHg	mmHg	1:無2:±3:±4:2+5:3+	mg/gCr	mg/dL	ml/分/1.73m ²	mg/dL	mg/dL	mg/dL	IU/L	1:無2:有	
	1	16	1	2	1	2	H30.12.2	172.5	71.0	23.9	7.5	135	135	90	2	180	0.92	65.0	140	135	35	18	2	
			1							0.0														
	1	20	1	3	1	2	H30.1.8	148.0	52.0	23.7	6.6		120	75	3		0.86	54.4	140	135	35	37	1	
			1			2	H30.7.6	160.0	70.0	27.3		128	115	69	3		0.90	53.6	130	120	35	35	1	
										0.0														

追跡(年後)※2年後から5年後																								
病期等		検査値																			備考			
人工透析導入	糖尿病性腎症病期	網膜症	糖尿病の薬物療法	検査年月日	身長	体重	BMI	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	随時血糖	HbA1c	LDL	空腹時中性脂肪	随時時中性脂肪	HDL	(GPT) (ALT)	eGFR	血清クレアチニン	尿蛋白	尿アルブミン	喫煙	
1:無2:有	1:1期～5.5期	1:無2:有3:不明	1:無2:有		cm	kg		mmHg	mmHg	mg/dL	mg/dL	%	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	IU/L	ml/分/1.73m ²	mg/dL	1:無2:±3:±4:2+5:3+	mg/gCr	1:有2:無	
1	2	1	2	R8.12.2	172.5	72.0	24.2	118.0	80	120		6.9	128	100		45.0	18	60	1	2	220	2		
1							0.0																	
1			2	R8.8.8	148.0	50.0	22.8	120.0	80	118		6.8	98	88		42.0	29	54	1	3		1		
1			2	R8.7.6	160.0	70.0	27.3	105.0	60	120			100	98		39.0	31	60	1	1		1		
							0.0																	
							0.0																	

追跡(年後)※2年後から5年後																								
病期等		検査値																			備考			
人工透析導入	糖尿病性腎症病期	網膜症	糖尿病の薬物療法	検査年月日	身長	体重	BMI	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	尿蛋白	尿アルブミン	血清クレアチニン	eGFR	中性脂肪	LDL	HDL	(GPT) (ALT)	喫煙					
1:無2:有	1:1期～5.5期	1:無2:有3:不明	1:無2:有		cm	kg		%	mg/dL	mmHg	mmHg	1:無2:±3:±4:2+5:3+	mg/gCr	mg/dL	ml/分/1.73m ²	mg/dL	mg/dL	mg/dL	IU/L					
1	2	1	2	H31.12.2	172.5	72.0	24.2	6.5	126	120	75	2		0.92	64.7	140	135	35	18					
1							0.0																	
1			2	H31.8.8	148.0	50.0	22.8	6.6		120	75	3		0.86	54.1	140	135	35	37					
1			2	H31.7.6	160.0	70.0	27.3		128	115	69	3		0.95	50.2	130	120	35	35					
							0.0																	

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
別紙様式 <u>5</u>（受診勧奨通知（未受診者）） 〇〇年〇月〇日 （未受診者氏名）様 すぐに医療機関受診を 糖尿病の合併症は自覚症状のないまま進行します 〇〇市（町）国民健康保険から被保険者の方へのお知らせです。 昨年度の特定健康診査で、空腹時血糖<u>または HbA1c が、受診勧奨判定値（糖尿病の診断基準）を超えています。</u> <u>HbA1c は血糖の 1 ～ 2 か月の平均的な高さを示す指標ですが、この値が正常域を超えて高いほど、網膜症や腎症、神経障害に加えて心筋梗塞や脳梗塞等の糖尿病の合併症を発症・悪化させることが分かっています。高血糖のほかに脂質異常症や高血圧症、喫煙等の要因が重なるほど、心筋梗塞や脳梗塞を起こしやすくなることが知られています。</u> <u>また、網膜症の状態を確認するための眼底検査、腎臓の機能を判断するための尿検査等を行う必要があります。</u> 至急、かかりつけの医療機関ないし糖尿病の治療が受けられる医療機関を受診してください。 〇〇部〇〇課〇〇班 担 当：〇〇 電 話： F a x：	別紙様式 <u>6</u>（受診勧奨通知（未受診者）） 〇〇年〇月〇日 （未受診者氏名）様 すぐに医療機関受診を 糖尿病の合併症は自覚症状のないまま進行します 〇〇市（町）国民健康保険から被保険者の方へのお知らせです。 昨年度の特定健康診査で、<u>（空腹時血糖は（ ） m g ／ d L、）（H b A 1 c は（ ） %）でした。</u> <u>糖尿病が強く疑われます。</u> 至急、かかりつけの医療機関ないし糖尿病の治療が受けられる医療機関を受診してください。 〇〇部〇〇課〇〇班 担 当：〇〇 電 話： F a x：

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
別紙様式 <u>6</u>（受診勧奨通知（受診中断者）） 〇〇年〇月〇日 （受診中断者氏名）様 合併症を予防するために 糖尿病には定期的な通院が必要です 〇〇市（町）国民健康保険から、糖尿病治療歴のある被保険者の方へのお知らせです。 糖尿病は、<u>網膜症や腎症、神経障害に加えて心筋梗塞や脳梗塞等の合併症を発症・悪化させることが分かっています。</u> <u>糖尿病の合併症予防のためには、治療を継続することがとても重要です。</u> <u>一般的に、食事療法と運動療法、薬物療法を組み合わせ、最適な血糖マネジメントをすることにより、合併症の予防、進行防止につながることが報告されています。飲酒や喫煙は、血糖値への悪影響のほか、糖尿病の合併症を進行させることが知られています。</u> かかりつけ医を持ち、定期的に通院し、その指示に基づいて、<u>治療</u>を継続してください。 〇〇部〇〇課〇〇班 担 当：〇〇 電 話： F a x：	別紙様式 <u>7</u>（受診勧奨通知（受診中断者）） 〇〇年〇月〇日 （受診中断者氏名）様 合併症を予防するために 糖尿病には定期的な通院が必要です 〇〇市（町）国民健康保険から、糖尿病治療歴のある被保険者の方へのお知らせです。 糖尿病の<u>治療</u>は、<u>高血糖による合併症の発症と進展を抑制することが主たる治療目的です。</u> かかりつけ医を持ち、定期的に通院し、その指示に基づいて、<u>良好な血糖コントロール</u>を継続してください。 〇〇部〇〇課〇〇班 担 当：〇〇 電 話： F a x：

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
別紙様式 <u>7</u>（保健指導参加勧奨通知） 〇〇年〇月〇日 （保健指導対象者氏名） 様 〇〇市（町）長 〇〇 〇〇 糖尿病性腎症重症化予防プログラムのご案内 人工透析にならないために あなたの生活習慣改善を〇〇市（町）がサポートします （必要に応じ挨拶文） このたび、〇〇市（町）国民健康保険被保険者で糖尿病の治療歴のある方を対象に糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムを実施します。 糖尿病性腎症が悪化すると、腎不全を起こし、人工透析を受けることになります。この保健指導は、人工透析にならないために主治医の先生の治療方針に従って専門スタッフが行う生活習慣改善のプログラムです。 あなたはこのプログラムの対象者となっています。この機会に生活習慣を見直し、糖尿病の重症化を予防するために、<u>ぜひ</u>御参加いただきますようお願いします。 なお、実施予定人数を上回るお申し込みがあった場合には、大変申し訳ありませんが御参加いただけないことがありますので、あらかじめ御了承ください。 記 1 対象者 糖尿病性腎症（<u>微量アルブミン尿期</u>、顕性<u>アルブミン尿期</u>、<u>GFR高度低下・末期</u>腎不全期）を治療中の国民健康保険被保険者のうち、かかりつけ医から推薦のあった方 2 内容 かかりつけ医の治療方針に基づき、指導者と一緒に生活を振り返りながら個人に合った目標を立てて、生活習慣（食事・運動など）の改善策を御提案します。 3 開催期間 〇月～〇月 4 実施機関 〇〇 5 費用 無料（ただし、参加の際には、かかりつけ医に「診療情報提供書及び指示書」を御依頼いただくこととなります。かかりつけ医への受診料及び文書料については、自己負担となります。） 6 申し込み 〇〇年〇月〇日（〇）までに別添「保健指導参加申込書」を〇〇に提出してお申し込みください。 〇〇部〇〇課〇〇班 担 当：〇〇 電 話： F a x：	別紙様式 <u>8</u>（保健指導参加勧奨通知） 〇〇年〇月〇日 （保健指導対象者氏名） 様 〇〇市（町）長 〇〇 〇〇 糖尿病性腎症重症化予防プログラムのご案内 人工透析にならないために あなたの生活習慣改善を〇〇市（町）がサポートします （必要に応じ挨拶文） このたび、〇〇市（町）国民健康保険被保険者で糖尿病の治療歴のある方を対象に糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムを実施します。 糖尿病性腎症が悪化すると、腎不全を起こし、人工透析を受けることになります。この保健指導は、人工透析にならないために主治医の先生の治療方針に従って専門スタッフが行う生活習慣改善のプログラムです。 あなたはこのプログラムの対象者となっています。この機会に生活習慣を見直し、糖尿病の重症化を予防するためにぜひ御参加いただきますようお願いします。 なお、実施予定人数を上回るお申し込みがあった場合には、大変申し訳ありませんが御参加いただけないことがありますので、あらかじめ御了承ください。 記 1 対象者 糖尿病性腎症（<u>早期腎症期</u>、顕性<u>腎症期</u>、腎不全期）を治療中の国民健康保険被保険者のうち、かかりつけ医から推薦のあった方 2 内容 かかりつけ医の治療方針に基づき、指導者と一緒に生活を振り返りながら個人に合った目標を立てて生活習慣（食事・運動など）の改善策を御提案します。 3 開催期間 〇月～〇月 4 実施機関 〇〇 5 費用 無料（ただし、参加の際には、かかりつけ医に「診療情報提供書及び指示書」を御依頼いただくこととなります。かかりつけ医への受診料及び文書料については、自己負担となります。） 6 申し込み 〇〇年〇月〇日（〇）までに別添「保健指導参加申込書」を〇〇に提出してお申し込みください。 〇〇部〇〇課〇〇班 担 当：〇〇 電 話： F a x：

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧																				
別紙様式 <u>8</u>（保健指導参加申込書） 保健指導参加申込書 ※ 以下の項目について御記入後、同封の返信用封筒にて御返送ください。 <table><tr><td>記 入 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>か な 氏 名</td><td></td></tr><tr><td>住 所 (勤務先・自宅)</td><td>※文書送付先となります 〒</td></tr><tr><td>電 話 番 号 (携帯・勤務先・自宅)</td><td>※平日の日中に連絡可能な連絡先を記入してください。 携 帯 ー ー 勤務先 ー ー (勤務先名：) 自 宅 ー ー</td></tr><tr><td>保健指導への参加について ※ チェック ☒ を付けてください。</td><td>〇〇市(町)が実施する糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムに ☐ 参加を申し込みます。 ☐ 参加を申し込みません。</td></tr></table>	記 入 日	年 月 日	か な 氏 名		住 所 (勤務先・自宅)	※文書送付先となります 〒	電 話 番 号 (携帯・勤務先・自宅)	※平日の日中に連絡可能な連絡先を記入してください。 携 帯 ー ー 勤務先 ー ー (勤務先名：) 自 宅 ー ー	保健指導への参加について ※ チェック ☒ を付けてください。	〇〇市(町)が実施する糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムに ☐ 参加を申し込みます。 ☐ 参加を申し込みません。	別紙様式 <u>9</u>（保健指導参加申込書） 保健指導参加申込書 ※ 以下の項目について御記入後、同封の返信用封筒にて御返送ください。 <table><tr><td>記 入 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>か な 氏 名</td><td>印</td></tr><tr><td>住 所 (勤務先・自宅)</td><td>※文書送付先となります 〒</td></tr><tr><td>電 話 番 号 (携帯・勤務先・自宅)</td><td>※平日の日中に連絡可能な連絡先を記入してください。 携 帯 ー ー 勤務先 ー ー (勤務先名：) 自 宅 ー ー</td></tr><tr><td>保健指導への参加について ※ チェック ☒ を付けてください。</td><td>〇〇市(町)が実施する糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムに ☐ 参加を申し込みます。 ☐ 参加を申し込みません。</td></tr></table>	記 入 日	年 月 日	か な 氏 名	印	住 所 (勤務先・自宅)	※文書送付先となります 〒	電 話 番 号 (携帯・勤務先・自宅)	※平日の日中に連絡可能な連絡先を記入してください。 携 帯 ー ー 勤務先 ー ー (勤務先名：) 自 宅 ー ー	保健指導への参加について ※ チェック ☒ を付けてください。	〇〇市(町)が実施する糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムに ☐ 参加を申し込みます。 ☐ 参加を申し込みません。
記 入 日	年 月 日																				
か な 氏 名																					
住 所 (勤務先・自宅)	※文書送付先となります 〒																				
電 話 番 号 (携帯・勤務先・自宅)	※平日の日中に連絡可能な連絡先を記入してください。 携 帯 ー ー 勤務先 ー ー (勤務先名：) 自 宅 ー ー																				
保健指導への参加について ※ チェック ☒ を付けてください。	〇〇市(町)が実施する糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムに ☐ 参加を申し込みます。 ☐ 参加を申し込みません。																				
記 入 日	年 月 日																				
か な 氏 名	印																				
住 所 (勤務先・自宅)	※文書送付先となります 〒																				
電 話 番 号 (携帯・勤務先・自宅)	※平日の日中に連絡可能な連絡先を記入してください。 携 帯 ー ー 勤務先 ー ー (勤務先名：) 自 宅 ー ー																				
保健指導への参加について ※ チェック ☒ を付けてください。	〇〇市(町)が実施する糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムに ☐ 参加を申し込みます。 ☐ 参加を申し込みません。																				

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
別紙様式 <u>9</u>（保健指導参加決定通知書） 〇〇年〇月〇日 保健指導参加決定通知書 （保健指導参加者氏名） 様 〇〇市（町）長 〇〇 〇〇 （必要に応じ挨拶文） 先に参加のお申し込みをいただいた、〇〇市（町）が実施する糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムについて、あなた様の参加を決定いたしましたので、お知らせします。 ついては、別添の「診療情報提供書及び指示書」を糖尿病で受診されているかかりつけ医に記入していただいたうえ、 年 月 日までに、〇〇〇に提出してください。 なお、「診療情報提供書及び指示書」の作成に係る文書料については、自己負担となります。 また、別添「個人情報提供同意書」に記入 <u>のうえ</u>、併せて提出してください。 保健指導プログラムに係る詳しい日程等については、実施担当者から改めて御連絡いたします。 〇〇部〇〇課〇〇班 担 当：〇〇 電 話： F a x：	別紙様式 <u>10</u>（保健指導参加決定通知書） 〇〇年〇月〇日 保健指導参加決定通知書 （保健指導参加者氏名） 様 〇〇市（町）長 〇〇 〇〇 （必要に応じ挨拶文） 先に参加のお申し込みをいただいた、〇〇市（町）が実施する糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムについて、あなた様の参加を決定いたしましたので、お知らせします。 ついては、別添の「診療情報提供書及び指示書」を糖尿病で受診されているかかりつけ医に記入していただいたうえ、 年 月 日までに、〇〇〇に提出してください。 なお、「診療情報提供書及び指示書」の作成に係る文書料については、自己負担となります。 また、別添「個人情報提供同意書」に記入 <u>して</u>併せて提出してください。 保健指導プログラムに係る詳しい日程等については、実施担当者から改めて御連絡いたします。 〇〇部〇〇課〇〇班 担 当：〇〇 電 話： F a x：

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧																																																																																																																																																																																													
別紙様式 <u>10</u>（診療情報提供書及び指示書） 〇〇年〇月〇日 糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導に係る診療情報提供書及び指示書 〇〇市（町）長 様 医療機関名 かかりつけ医氏名 次のとおり診療情報を提供し、保健指導に関して指示をします。 1 基本情報 <table><tr><td>患者氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td rowspan="2">病歴</td><td colspan="5">☐糖尿病（診断 歳） ☐高血圧症 ☐脂質異常症 ☐心疾患</td></tr><tr><td colspan="5">☐脳血管疾患 ☐その他（ ）</td></tr><tr><td rowspan="3">合併症</td><td colspan="5">網膜症（☐なし ☐あり ☐不明） 神経障害（☐なし ☐あり ☐不明）</td></tr><tr><td colspan="5">動脈硬化性疾患（☐なし ☐あり ☐不明） ☐その他（ ）</td></tr><tr><td>腎症</td><td colspan="4">☐第1期 ☐第2期 ☐第3期 ☐第4期 ☐第5期</td></tr><tr><td>教育入院</td><td colspan="5">☐なし ☐あり（ 年 月ごろ）</td></tr></table> 2 直近の検査値（記入又は検査結果の写しを添付してください。） 検査年月日（ 年 月 日） <table><tr><td>身長</td><td>cm</td><td>体重</td><td>kg</td><td>血圧</td><td>／</td><td>mmHg</td></tr><tr><td>HbA1c</td><td>%</td><td colspan="5">空腹時血糖値 mg/dL（随時 mg/dL・2時間 mg/dL）</td></tr><tr><td>尿蛋白</td><td>－・±・＋</td><td>尿アルブミン</td><td>mg/gCr</td><td colspan="3">eGFR mL/分/1.73 m² (Scr. mg/dL)</td></tr><tr><td>中性脂肪</td><td>mg/dL</td><td>LDL-C</td><td>mg/dL</td><td>HDL-C</td><td>mg/dL</td><td>ALT (GPT) IU/L</td></tr></table> 3 治療内容 <table><tr><th>食事療法</th><th>運動療法</th><th>薬物療法</th></tr><tr><td>指示エネルギー kcal/日</td><td rowspan="4">☐可 ☐制限 ☐不可 (制限・不可の理由)</td><td>☐なし</td></tr><tr><td>食塩制限 ☐なし ☐あり g/日</td><td>☐内服薬</td></tr><tr><td>蛋白質制限 ☐なし ☐あり g/日</td><td>☐インスリン</td></tr><tr><td>カリウム制限 ☐なし ☐あり mg/日</td><td>☐その他</td></tr><tr><td colspan="3">コントロール目標</td></tr><tr><td colspan="3">血糖コントロール目標 HbA1c % (空腹時血糖値 mg/dL (随時 mg/dL・2時間 mg/dL))</td></tr><tr><td colspan="3">血圧コントロール目標 ☐なし ☐あり / mmHg</td></tr><tr><td colspan="3">その他のコントロール目標 ()</td></tr></table> 4 保健指導に関する留意事項等	患者氏名		生年月日	年	月	日	病歴	☐ 糖尿病（診断 歳） ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患					☐ 脳血管疾患 ☐ その他（ ）					合併症	網膜症（ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明） 神経障害（ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明）					動脈硬化性疾患（ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明） ☐ その他（ ）					腎症	☐ 第1期 ☐ 第2期 ☐ 第3期 ☐ 第4期 ☐ 第5期				教育入院	☐ なし ☐ あり（ 年 月ごろ）					身長	cm	体重	kg	血圧	／	mmHg	HbA1c	%	空腹時血糖値 mg/dL（随時 mg/dL・2時間 mg/dL）					尿蛋白	－・±・＋	尿アルブミン	mg/gCr	eGFR mL/分/1.73 m ² (Scr. mg/dL)			中性脂肪	mg/dL	LDL-C	mg/dL	HDL-C	mg/dL	ALT (GPT) IU/L	食事療法	運動療法	薬物療法	指示エネルギー kcal/日	☐ 可 ☐ 制限 ☐ 不可 (制限・不可の理由)	☐ なし	食塩制限 ☐ なし ☐ あり g/日	☐ 内服薬	蛋白質制限 ☐ なし ☐ あり g/日	☐ インスリン	カリウム制限 ☐ なし ☐ あり mg/日	☐ その他	コントロール目標			血糖コントロール目標 HbA1c % (空腹時血糖値 mg/dL (随時 mg/dL・2時間 mg/dL))			血圧コントロール目標 ☐ なし ☐ あり / mmHg			その他のコントロール目標 ()			別紙様式 <u>11</u>（診療情報提供書及び指示書） 〇〇年〇月〇日 糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導に係る診療情報提供書及び指示書 〇〇市（町）長 様 医療機関名 かかりつけ医氏名 次のとおり診療情報を提供し、保健指導に関して指示をします。 1 基本情報 <table><tr><td>患者氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td rowspan="2">病歴</td><td colspan="5">☐糖尿病（診断 歳） ☐高血圧症 ☐脂質異常症 ☐心疾患</td></tr><tr><td colspan="5">☐脳血管疾患 ☐その他（ ）</td></tr><tr><td rowspan="3">合併症</td><td colspan="5">網膜症（☐なし ☐あり ☐不明） 神経障害（☐なし ☐あり ☐不明）</td></tr><tr><td colspan="5">動脈硬化性疾患（☐なし ☐あり ☐不明） ☐その他（ ）</td></tr><tr><td>腎症</td><td colspan="4">☐腎症前期 ☐早期腎症期 ☐顕性腎症期 ☐腎不全期 ☐透析療法期</td></tr><tr><td></td><td></td><td>第1期</td><td>第2期</td><td>第3期</td><td>第4期</td><td>第5期</td></tr><tr><td>教育入院</td><td colspan="5">☐なし ☐あり（ 年 月ごろ）</td></tr></table> 2 直近の検査値（記入又は検査結果の写しを添付してください。） 検査年月日（ 年 月 日） <table><tr><td>身長</td><td>cm</td><td>体重</td><td>kg</td><td>血圧</td><td>／</td><td>mmHg</td></tr><tr><td>HbA1c</td><td>%</td><td colspan="5">空腹時血糖値 mg/dL（随時 mg/dL・2時間 mg/dL）</td></tr><tr><td>尿蛋白</td><td>－・±・＋</td><td>尿アルブミン</td><td>mg/gCr</td><td colspan="3">eGFR mL/分/1.73 m² (Scr. mg/dL)</td></tr><tr><td>中性脂肪</td><td>mg/dL</td><td>LDL-C</td><td>mg/dL</td><td>HDL-C</td><td>mg/dL</td><td>ALT (GPT) IU/L</td></tr></table> 3 治療内容 <table><tr><th>食事療法</th><th>運動療法</th><th>薬物療法</th></tr><tr><td>指示エネルギー kcal/日</td><td rowspan="4">☐可 ☐制限 ☐不可 (制限・不可の理由)</td><td>☐なし</td></tr><tr><td>食塩制限 ☐なし ☐あり g/日</td><td>☐内服薬</td></tr><tr><td>蛋白質制限 ☐なし ☐あり g/日</td><td>☐インスリン</td></tr><tr><td>カリウム制限 ☐なし ☐あり mg/日</td><td>☐その他</td></tr><tr><td colspan="3">コントロール目標</td></tr><tr><td colspan="3">血糖コントロール目標 HbA1c % (空腹時血糖値 mg/dL (随時 mg/dL・2時間 mg/dL))</td></tr><tr><td colspan="3">血圧コントロール目標 ☐なし ☐あり / mmHg</td></tr><tr><td colspan="3">その他のコントロール目標 ()</td></tr></table> 4 保健指導に関する留意事項等	患者氏名		生年月日	年	月	日	病歴	☐ 糖尿病（診断 歳） ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患					☐ 脳血管疾患 ☐ その他（ ）					合併症	網膜症（ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明） 神経障害（ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明）					動脈硬化性疾患（ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明） ☐ その他（ ）					腎症	☐ 腎症前期 ☐ 早期腎症期 ☐ 顕性腎症期 ☐ 腎不全期 ☐ 透析療法期						第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	教育入院	☐ なし ☐ あり（ 年 月ごろ）					身長	cm	体重	kg	血圧	／	mmHg	HbA1c	%	空腹時血糖値 mg/dL（随時 mg/dL・2時間 mg/dL）					尿蛋白	－・±・＋	尿アルブミン	mg/gCr	eGFR mL/分/1.73 m ² (Scr. mg/dL)			中性脂肪	mg/dL	LDL-C	mg/dL	HDL-C	mg/dL	ALT (GPT) IU/L	食事療法	運動療法	薬物療法	指示エネルギー kcal/日	☐ 可 ☐ 制限 ☐ 不可 (制限・不可の理由)	☐ なし	食塩制限 ☐ なし ☐ あり g/日	☐ 内服薬	蛋白質制限 ☐ なし ☐ あり g/日	☐ インスリン	カリウム制限 ☐ なし ☐ あり mg/日	☐ その他	コントロール目標			血糖コントロール目標 HbA1c % (空腹時血糖値 mg/dL (随時 mg/dL・2時間 mg/dL))			血圧コントロール目標 ☐ なし ☐ あり / mmHg			その他のコントロール目標 ()		
患者氏名		生年月日	年	月	日																																																																																																																																																																																									
病歴	☐ 糖尿病（診断 歳） ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患																																																																																																																																																																																													
	☐ 脳血管疾患 ☐ その他（ ）																																																																																																																																																																																													
合併症	網膜症（ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明） 神経障害（ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明）																																																																																																																																																																																													
	動脈硬化性疾患（ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明） ☐ その他（ ）																																																																																																																																																																																													
	腎症	☐ 第1期 ☐ 第2期 ☐ 第3期 ☐ 第4期 ☐ 第5期																																																																																																																																																																																												
教育入院	☐ なし ☐ あり（ 年 月ごろ）																																																																																																																																																																																													
身長	cm	体重	kg	血圧	／	mmHg																																																																																																																																																																																								
HbA1c	%	空腹時血糖値 mg/dL（随時 mg/dL・2時間 mg/dL）																																																																																																																																																																																												
尿蛋白	－・±・＋	尿アルブミン	mg/gCr	eGFR mL/分/1.73 m ² (Scr. mg/dL)																																																																																																																																																																																										
中性脂肪	mg/dL	LDL-C	mg/dL	HDL-C	mg/dL	ALT (GPT) IU/L																																																																																																																																																																																								
食事療法	運動療法	薬物療法																																																																																																																																																																																												
指示エネルギー kcal/日	☐ 可 ☐ 制限 ☐ 不可 (制限・不可の理由)	☐ なし																																																																																																																																																																																												
食塩制限 ☐ なし ☐ あり g/日		☐ 内服薬																																																																																																																																																																																												
蛋白質制限 ☐ なし ☐ あり g/日		☐ インスリン																																																																																																																																																																																												
カリウム制限 ☐ なし ☐ あり mg/日		☐ その他																																																																																																																																																																																												
コントロール目標																																																																																																																																																																																														
血糖コントロール目標 HbA1c % (空腹時血糖値 mg/dL (随時 mg/dL・2時間 mg/dL))																																																																																																																																																																																														
血圧コントロール目標 ☐ なし ☐ あり / mmHg																																																																																																																																																																																														
その他のコントロール目標 ()																																																																																																																																																																																														
患者氏名		生年月日	年	月	日																																																																																																																																																																																									
病歴	☐ 糖尿病（診断 歳） ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患																																																																																																																																																																																													
	☐ 脳血管疾患 ☐ その他（ ）																																																																																																																																																																																													
合併症	網膜症（ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明） 神経障害（ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明）																																																																																																																																																																																													
	動脈硬化性疾患（ ☐ なし ☐ あり ☐ 不明） ☐ その他（ ）																																																																																																																																																																																													
	腎症	☐ 腎症前期 ☐ 早期腎症期 ☐ 顕性腎症期 ☐ 腎不全期 ☐ 透析療法期																																																																																																																																																																																												
		第1期	第2期	第3期	第4期	第5期																																																																																																																																																																																								
教育入院	☐ なし ☐ あり（ 年 月ごろ）																																																																																																																																																																																													
身長	cm	体重	kg	血圧	／	mmHg																																																																																																																																																																																								
HbA1c	%	空腹時血糖値 mg/dL（随時 mg/dL・2時間 mg/dL）																																																																																																																																																																																												
尿蛋白	－・±・＋	尿アルブミン	mg/gCr	eGFR mL/分/1.73 m ² (Scr. mg/dL)																																																																																																																																																																																										
中性脂肪	mg/dL	LDL-C	mg/dL	HDL-C	mg/dL	ALT (GPT) IU/L																																																																																																																																																																																								
食事療法	運動療法	薬物療法																																																																																																																																																																																												
指示エネルギー kcal/日	☐ 可 ☐ 制限 ☐ 不可 (制限・不可の理由)	☐ なし																																																																																																																																																																																												
食塩制限 ☐ なし ☐ あり g/日		☐ 内服薬																																																																																																																																																																																												
蛋白質制限 ☐ なし ☐ あり g/日		☐ インスリン																																																																																																																																																																																												
カリウム制限 ☐ なし ☐ あり mg/日		☐ その他																																																																																																																																																																																												
コントロール目標																																																																																																																																																																																														
血糖コントロール目標 HbA1c % (空腹時血糖値 mg/dL (随時 mg/dL・2時間 mg/dL))																																																																																																																																																																																														
血圧コントロール目標 ☐ なし ☐ あり / mmHg																																																																																																																																																																																														
その他のコントロール目標 ()																																																																																																																																																																																														

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
☐ 薬の情報（処方内容）を添付します。 ☐ その他参考となる情報を添付します。	☐ 薬の情報（処方内容）を添付します。 ☐ その他参考となる情報を添付します。

【山口県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム 新旧対照表

新	旧
別紙様式 <u>1 1</u>（個人情報提供同意書） 個人情報提供同意書 〇〇市（町）長 様 私は、糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラム参加にあたり、その実施のために必要な私の個人情報（医療情報、健診情報、生活習慣・食事習慣に関する情報等）について、かかりつけ医及びその医療機関並びに〇〇市（町）及び保健指導実施機関の間において相互に情報提供されることに同意します。 また、このプログラムの実施のために必要な情報を提供することに同意します。 年 月 日 住 所 氏 名 別紙様式 <u>1 2</u>（保健指導実施結果報告書） （略）	別紙様式 <u>1 2</u>（個人情報提供同意書） 個人情報提供同意書 〇〇市（町）長 様 私は、糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラム参加にあたり、その実施のために必要な私の個人情報（医療情報、健診情報、生活習慣・食事習慣に関する情報等）について、かかりつけ医及びその医療機関並びに〇〇市（町）及び保健指導実施機関の間において相互に情報提供されることに同意します。 また、このプログラムの実施のために必要な情報を提供することに同意します。 年 月 日 住 所 氏 名 印 別紙様式 <u>1 3</u>（保健指導実施結果報告書） （略）